

LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL EN EL SERVICIO DE PERINATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAMÓN CARRILLO

Nancy Peralta^{}, Hortensia Ciancia^{**}*

Introducción

La comunicación organizacional se efectúa principalmente en las esferas de la producción social de la información -a través de las relaciones de los miembros de una organización- y desde la recepción pasiva o crítica de esta información.

Las relaciones entre los miembros de una organización -que pueden ser formales y/o informales- y de los mismos hacia fuera, se establecen mediante la comunicación. Por esta razón, toda institución debe priorizar dentro de su estructura organizacional, un sistema de comunicación e información que dinamice estos procesos para fortalecer la entidad y facilitar la comunicación entre los distintos sectores a los fines de promover la información.

Las comunicaciones institucionales internas y externas promueven la participación, la integración y la convivencia en el marco de la cultura organizacional. La carencia de estrategias comunicativas en una institución, manifestada en la falta de canales o en la subutilización de los mismos, genera lentitud en los procesos y en los resultados, imposibilitando una verdadera interacción entre quienes informan y también quienes reciben esa información. En el sector salud, la comunicación entre los distintos prestadores cumple tres funciones: diagnóstico, desarrollo y evaluación e involucra creación, mantenimiento y cambio en la cultura e identidad de las organizaciones. Un hospital público necesita un sistema de comunicación que organice, coordine y haga eficiente los procesos de comunicación entre su público interno y su público externo (usuarios).

La comunicación organizacional permite la optimización tanto de la comunicación interna como de la comunicación externa del sistema a través de la armonización de los intereses de la institución con los diversos sistemas relacionados con ella. En el caso de las instituciones de la salud y principalmente las organizaciones públicas como los hospitales de Santiago del Estero, el desarrollo histórico generó organizaciones dependientes del nivel central con una fuerte normativa implícita, que hizo de las mismas un subsistema cerrado de dificultoso funcionamiento, que no le permite hacer efectiva la relación con las usuarias y/o pacientes. Este subsistema está conformado por personal profesional que emplea un lenguaje científico en numerosas ocasiones que no está acorde al nivel de instrucción de las usuarias, situación que crea bloques cerrados en los que resulta difícil la interacción.

La importancia de este estudio radica en el enfoque de la articulación de los profesionales del sector salud con la comunidad, cuya profundización permitiría mejorar la comunicación como medio dinamizante de las relaciones y potencializador del Servicio para la mejora de la salud materno-infantil. Resulta relevante además, por cuanto es un aporte a los Profesionales de esta área, fundamentalmente si las usuarias captan la información por ellos brindada y la incidencia de la misma en la salud, respondiendo a la necesidad de expresar la significación social que -en el ámbito hospitalario- tiene el

^{*} Lic. en Sociología. UNSE.

^{**} Lic. en Enfermería. Profesor Adjunto. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Nacional de Santiago del Estero.

empleo de la comunicación.

Esto permitió realizar una proyección sobre la accesibilidad a los servicios por parte de las usuarias a través de la información brindada. Se abordó también el grado de apertura hacia la comunidad, principalmente a quienes hacen uso de él.

El universo fueron las usuarias y prestadores de salud del Servicio de Perinatología del Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo”. El muestreo fue no probabilístico.

El estudio fue exploratorio y descriptivo. La metodología fue cuanti-cualitativa. Las técnicas fueron: entrevistas semiestructuradas a usuarias y profesionales y para los datos cuantitativos se emplearon datos del archivo del Departamento de Estadística del Área.

Marco referencial

La Organización y Comunicación resultan de la interacción de variables de funcionamiento tales como estrategias, estructuras, cultura y comportamientos.

En la estructura se consideran los siguientes aspectos:

- Flujos y circuitos de información: Está directamente relacionado con los elementos organizativos y se determina por observación directa en visitas a los lugares, estudios de sociodrama, etc.
- Soportes de la comunicación: Son los documentos e instrumentos que permiten vehicular mensajes dentro de la organización y estudiar la coherencia de los mismos.
- Indicadores de Control: Deben ser flexibles, manejables y evitar la explotación; no existe “un indicador absoluto”, lo esencial es que responda a un lenguaje común de análisis y de acción. Lo que se quiere medir debe tener en cuenta la claridad de los objetivos, la práctica de la actualización.

En cuanto a las estrategias, se debe verificar si existe, si presenta un carácter de pertenencia y de coherencia y si son directrices generales conocidas por los actores de la organización.

La estrategia puede expresarse en dos ámbitos: en los planes de la organización o en los planes de comunicación, expresado en las políticas de comunicación, tanto para la vida cotidiana de la organización como para acontecimientos u ocasión específica de su evolución.

La comunicación es un proceso dinámico que parte de una fuente que encodifica un mensaje y lo envía a través de un canal para ser decodificado por un receptor que emite una señal cuando ha recibido el mensaje: *feed-back*. (4).

La forma en que el receptor decodifica el mensaje está determinada por sus actitudes hacia sí mismo, hacia la fuente y el contenido del mensaje. También influye el nivel de conocimiento ya que si no conoce el código, no puede entender el mensaje o es posible que tenga una percepción errónea de los mensajes y que haga inferencias incorrectas con respecto a los propósitos o intenciones de la fuente. También la cultura y el status social influyen y afectan la manera en que recibe e interpreta los mensajes. (7).

Esto ocurre en las usuarias de un hospital público que por lo general sólo tienen nivel un bajo nivel de instrucción, a lo que se suma el escaso conocimiento de la situación en la que se encuentran: embarazo, parto, etc.

Cuando la fuente elige un código para su mensaje, opta por uno que sea conocido para

el receptor. Existen factores que son pertinentes al mensaje emitido por la fuente enco-
dificadora: el código, el contenido y el tratamiento.

Los factores que intervienen en la comunicación se distinguen por:

- La relación entre dos o más individuos que adoptan sucesiva o simultáneamente el rol de emisor y receptor.
- Una estructura social en la que se integran dichas relaciones de comunicación.
- Códigos con los que se establece una conexión entre las representaciones cognitivas del mundo y la conducta de las personas.
- Intención consciente de utilizar dichos códigos, intención que diferencia la conducta comunicativa de la mera conducta informativa.
- Participantes: emisores, receptores y otras personas que puedan influir en el comportamiento de los primeros.
- Actos: forma y contenido de lo transmitido en relación con los códigos empleados y la interacción, relación o estructura social en la que se encuadra.
- Resultados: objetivos ideales y resultados del acto comunicativo analizado.
- Localización: espacio-temporal, clima social y cultura en la que se produce el acto comunicativo. (6)

Estos factores no siempre son compartidos en la relación pacientes-profesionales. El aspecto disidente es la recepción del mensaje que está en relación con el grado de entendimiento del receptor.

El lenguaje de la comunicación abierta puede ser verbal (oral o escrito) y no verbal. Las personas y los ambientes intervienen en la comunicación no verbal. La utilización de gestos, expresiones, movimientos, posturas y vestuarios están relacionados con la comunicación no verbal de las personas y el manejo de los espacios, la arquitectura, la decoración, el mobiliario hacen a la comunicación no verbal de los ambientes.

Shannon y Weaver emplearon la expresión “pensamiento lineal” como modelo lineal en comunicación, que se caracteriza por enfatizar el papel de los emisores en el proceso. La linealidad en la comunicación consiste en emisores, tecnología y calidad de mensajes (transmisión y recepción).

La segunda gran contribución de los modelos o explicaciones dinámicas de la comunicación es “la sociología de la recepción” o el argumento de la conversación. La retroalimentación o los intentos del receptor por alcanzar al emisor es el ingrediente que separa el pensamiento “dinámico” del modelo lineal en comunicación.

La tercera contribución proviene de la comunicación productiva: el receptor y su retroalimentación (o la evaluación que hace la fuente del impacto que tuvo ésta sobre su receptor) son los iniciadores del proceso. El proceso de la comunicación comienza con la retroalimentación del receptor a su fuente para que esta se convierta en un cambio progresivo para beneficio de ambos.

Organización y Comunicación

El concepto de comunicación -ligado al de organización- presupone la consideración behaviorista de la comunicación: determinados estímulos generan conductas estipuladas. Sin embargo, en la comunicación entre pacientes y profesionales, el estímulo de la

pregunta para obtener información, no siempre genera una respuesta adecuada al estímulo.

Pascale Weil expresa que la comunicación institucional ha sido definida -por oposición a la comunicación comercial- como el discurso dirigido a modificar comportamientos, actitudes o conseguir adhesiones. Este concepto podría asimilarse al que otros autores identifican como “publicidad institucional”. La información es parte de la comunicación institucional en que es posible -no siempre- un cambio de actitudes en los receptores. En ambos casos subyace una concepción persuasiva de la comunicación. Se trata de enviar información en forma unidireccional desde un emisor a un receptor.

Gary Kreps por su parte, describe la comunicación organizacional como el proceso por el cual los miembros recolectan información pertinente acerca de su organización y los cambios que ocurren dentro de ella. La comunicación ayuda a sus miembros a lograr las metas individuales y de organización al permitirles interpretar el cambio de la organización y finalmente coordinar el cumplimiento de sus necesidades personales con el logro de sus responsabilidades evolutivas en la misma. La comunicación organizacional sirve -según Kreps- a una función crucial de recolección de datos para los miembros de la organización, al proporcionarles información con sentido. Es también el vehículo primario a través del cual, los miembros de la organización pueden ayudar a dirigir los cambios de la misma, al influir en las actividades de otros individuos dentro de la organización.

Aplicado a una organización de Salud Pública, el rol del profesional no siempre es estimular los cambios organizacionales ya que a veces consideran que su rol -preservar la salud- no está totalmente relacionado con la posibilidad de la prevención a través de la información.

Para Kreps, la comunicación es un proceso de recolección, envío e interpretación de mensajes que permite a las personas comprender sus experiencias. Su concepto de comunicación organizacional reconoce una modalidad persuasiva basada en los efectos de la comunicación. A pesar de este basamento behaviorista, su planteo puede identificarse fundamentalmente con los modelos funcionalistas de la comunicación.

La comunicación organizacional se entiende también como un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, entre esta y su medio o bien influir en las opiniones, actitudes y conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que ésta última cumpla mejor y más rápido los objetivos.

Metodología

Para cumplir con los objetivos, se empleó una metodología cuanti-cualitativa, a través de entrevistas semi-estructuradas, capaz de captar los diferentes sucesos desarrollados en el área de estudio, lo que permitió reconstruir a través de las vivencias personales de las usuarias, la incidencia que tiene en ellas la información recibida y como es recepta.

El diseño fue exploratorio y descriptivo. El eje central fue la caracterización y profundización de la incidencia de la información que reciben las usuarias en el Servicio de Perinatología.

El universo y las unidades de análisis fueron las usuarias y los prestadores salud. El muestreo adoptado fue no probabilístico.

AREAS	PROFESIONALES	USUARIAS
MATERNIDAD	Obstétricas, médicos y enfermeras	Con derivación Sin derivación
NEONATOLOGIA	Médicos y enfermeras (jefes)	Con derivación Sin derivación
PUERPERAS	Médicos y enfermeras (jefes)	Con derivación Sin derivación

En relación a la información brindada y receptada, se trabajó en estas tres áreas.

Resultados

La situación en el área Perinatal de la Provincia de Santiago del Estero reflejada en los indicadores de Salud, ubica a la provincia en el área crítica de la República Argentina. Si se considera además el sub-registro que devela en la mortalidad Perinatal y mortalidad Materna, se puede inferir que la situación es más grave de la que los números oficiales informan.

El Servicio de Referencia Hospital Regional “Dr. Ramón Carrillo” concentra el 48,45% del total de internaciones obstétricas de todos los hospitales de la provincia y el 14% de todos los registros hospitalarios. Es el principal Centro de Derivación Provincial. A pesar que existen otros centros de atención obstétrica en la provincia, un gran número de mujeres concurren a este servicio sin que exista una derivación de la institución de menor complejidad, correspondiente a su área de residencia.

Considerando que es importante el papel del emisor -en este caso el profesional- y principalmente el modo de brindar información a las usuarias del Servicio de Perinatología en cualquiera de las áreas en que requieran asistencia, las mismas buscan satisfacer su inquietud a través de la información del profesional.

Para poder reflejar esta situación, se consideró el Servicio de Perinatología en sus tres áreas: Neonatología, Puérperas y Maternidad, a través de los principales referentes: médicos, personal de enfermería y profesionales obstétricas.

En cada área se indagó sobre la información que le brindan los profesionales (médicos, obstetras y enfermeros) a las usuarias, en relación al tratamiento y el tiempo que le dedican para suministrarla. En relación a las usuarias, según contara con derivación o sin ella, se indagó sobre la información receptada por ellas, el contenido de la información recibida y la satisfacción con la información brindada, el entendimiento y el lenguaje empleado.

Área: maternidad

En esta área, el contacto de los profesionales con las usuarias se concreta a través de la preparación del parto y de las visitas realizadas para el control prenatal.

En el caso del profesional obstétrico, la preparación para el parto se realiza a través de un examen global, que define si están dadas las condiciones para el mismo. En esta instancia, la información juega un papel importante, ya que las indicaciones de lo que debe hacer como así también la información sobre su estado, son la base para arribar a buen término el embarazo, siendo importante la capacidad de entendimiento de la paciente.

“Trato de entablar una conversación fluida que logre darle mayor confianza a la paciente, que la haga sentir bien. Personalmente, así la paciente está más tranquila”.

Así, otro testimonio afirma:

“Cuando se recibe a una paciente, se hace todo en forma global. Se hace una anamnesis, se averiguan todos los antecedentes de la paciente; el estado del embarazo actual, se la evalúa, se hacen todos los estudios clínicos y de ahí se decide si va a ingresar o si tiene que volver a su casa y regresar luego”.

Aquí, la tarea del profesional obstétrico es constante. El principal obstáculo para la dedicación a la paciente es la gran demanda de atención, que es superior al número de profesionales que allí se desempeñan.

“En la guardia son atendidas todas las pacientes. Cuando vamos a internar a la paciente,

el interrogatorio lleva entre 5 y 30 minutos para que la paciente pueda entender que le preguntamos. A veces una paciente espera hasta una hora, porque hay exceso de trabajo.”

“Uno trata de hacer todo con la mayor y mejor calidad que pueda, pero a veces el personal no alcanza; en el tiempo que uno está, trata de hacer lo básico: recibir a la paciente, examinarla bien y después explicarle lo que tiene. Si uno está apurado, igual lo hace, porque es la responsabilidad que uno tiene sobre la paciente”.

Las obstétricas consideran importante el “prestigio” de su profesión, es decir dejar claro a través de su tarea diaria, que su función es atender a las pacientes en el momento que lo necesiten.

Los testimonios muestran que es tan significativo el tiempo como la urgencia de algunas pacientes. Treinta minutos por paciente cuando se tiene tiempo, aunque la cantidad de pacientes atenta contra la calidad de la atención.

En el caso de los médicos de maternidad, refuerzan las explicaciones en las usuarias sin control prenatal ya que consideran que son las pacientes más expuestas a riesgos.

“A la paciente se le explica su caso. La mayoría son sin control prenatal o de escasos recursos. Uno le explica lo que tiene y porque debe o no hacer determinadas cosas”.

“Yo trabajo más tranquila cuando se que el paciente y el familiar están enterados de lo que va ocurriendo”

“En general, la mayoría son pasivas porque dicen entender pero no colaboran,

no reciben información; están muy ansiosas y no hacen caso a lo que uno le dice”.

Un profesional médico coincide con el último testimonio al afirmar:

“La mayoría no se si no entiende o que. Yo pienso que si entienden cuando uno les explica algo, creo que ponen de excusa su falta de recurso. Su actitud tiene que ver con lo cultural”.

El médico por su parte, prioriza la urgencia de una paciente que el tiempo que pueda estar con ella.

“Depende del caso clínico que tenga. A veces llega una paciente con bolsa rota y sufrimiento fetal. Apenas llega debe pasar a cirugía y como los latidos están bajitos, si uno no saca inmediatamente al bebé, se puede morir. Entonces uno a veces no tiene tiempo de explicarles a los familiares o a las otras pacientes que están esperando. Cada caso es diferente”.

Otro médico afirma:

“No hay tiempos establecidos para atender a una usuaria. No está pautado. Importa el usuario y el caso clínico. Hay quienes no entienden que hay una urgencia y las hace esperar porque hay otra en parto. Ellas por ahí se enojan pero uno prioriza la urgencia”.

La información a los familiares es una técnica complementaria que ayuda a mejorar la situación de las usuarias.

El Control Prenatal consiste en visitas programadas de las embarazadas con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud. Un control prenatal eficiente debe ser: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura.

En el área de maternidad, no existen normas escritas ni pautas de actuación de los profesionales. Todos actúan respondiendo a las directivas de superiores y de acuerdo a su formación profesional. Para las profesionales obstétricas es importante otra cuestión:

“Respecto a las pautas, aquí no hay pautas escritas. De todos modos tiene que ver mas con la escuela en la que uno se diplomó, es decir como es el trato con el paciente, teniendo en cuenta que la paciente no es un número ni un papel”. (Liliana)

El testimonio de una médica aporta otra visión sobre las pacientes:

“Respecto a las pautas, uno aplica las normas (en nuestro caso las normas de residencia) a cada paciente, las separamos por edad gestacional según la patología que sea, de acuerdo a la clínica que presenta. Cada paciente tiene su tratamiento y su conducta diferente”.

En el caso del Jefe de Servicio, su tarea es general ya que debe velar por el correcto

desempeño de esa área, dejando en los médicos, la responsabilidad de atención e información a las usuarias. Aunque sí es responsable de informar casos graves hacia sus superiores e incluso hacia otras organizaciones tales como la policía en caso de situaciones extremas.

La jefa de enfermería por su parte, tiene una actividad complementaria a la del médico. Ella no imparte tratamientos, pero sí concluye la tarea de los médicos al brindar información a las usuarias. Esta actividad obedece al mayor número de hora que permanece en el servicio.

“Hay veces que uno puede atender a una usuaria en forma tranquila, pero a la mañana es imposible tener tiempo y tranquilidad. Hay que trabajar con prisa porque hay casos que no esperan”.

Los profesionales de la salud consideran la urgencia del paciente, pero también tienen en cuenta que la gran demanda de atención y el escaso personal constituyen obstáculos para una atención eficiente y proporcionar una información adecuada..

Existe una complementariedad en las actividades orientadas hacia la usuaria por parte del profesional obstétrico, personal de enfermería y médicos, aunque la forma de impartirla varía de acuerdo a los criterios de cada disciplina.

En síntesis, la información a las embarazadas constituye un proceso que iniciado precozmente desde el comienzo del control prenatal, se refuerza en cada contacto de la embarazada con el equipo de salud. Se considera relevante transmitir información alentadora, promoviendo la participación del cónyuge u otra persona en el parto. Este proceso incluye información sobre el parto y el trabajo de parto, ritmo de las contracciones efectivas, significado de la rotura de membranas, como así también recomendaciones sobre su participación activa y de sus acompañantes.



Área: neonatología

En esta área, los médicos informan sobre la patología del niño o neonato a sus responsables, adecuándose a la realidad familiar: su instrucción. Así lo confirma el testimonio del jefe de Neonatología:

“A diferencia de las otras áreas, a nuestros pacientes (los neo) los tratamos directamente y les informamos a sus padres. El tratamiento impartido depende de la gravedad de cada caso. Hay todo un equipo abocado a los niños, aunque a veces el tiempo y la gran cantidad de pacientes incide negativamente”.

La atención al neonato es recibida como algo urgente, pero a veces esto se contrasta con la gran demanda de atención. No hay un tiempo determinado para atender a los pacientes, depende de la premura y la demanda.

El jefe del Servicio de Neonatología piensa que todos los pacientes son prioritarios teniendo en cuenta que son neos que necesitan atención, sobre todo los de patologías más grave:

“Hay un gran número de neos prematuros y con un grado severo de desnutrición. Nos sentimos impotentes de brindar en esta ocasión, un tratamiento de alto perfil a estas criaturas, no sólo porque no contamos con los últimos aparatos sino que falta una especialización médica que se hace en otros países.”

No se siguen pautas determinadas, pero el equipo profesional tiene como regla, brindar una adecuada información a las usuarias.

El sector de enfermería es uno de los referentes de información de las pacientes ya que se encuentran mayor cantidad de tiempo con los pacientes.

De acuerdo a los datos obtenidos, la división del trabajo y la cantidad de personal disponible en esta área, el personal de enfermería informa sobre el estado de los neonatos que allí se encuentran, siempre y cuando su estado de salud sean alentadores. Aunque los médicos son los responsables de informar, la escasez de tiempo en el que cumplen sus funciones, los limita a dar tratamientos y poca explicación a las familias.

Área: puerperas

En esta área es intenso el accionar de médicos y jefes de enfermería; también está dividida la tarea de tratar a las usuarias e informar, acción que realizan exclusivamente las enfermeras ya que los médicos -debido a las pocas horas de atención- se limitan a indicar tratamientos. Poco es el aporte informativo que realizan los médicos.

“Yo comienzo mi tarea a las siete de la mañana. Acompaño al médico a hacer recorridos. A pesar de la intensidad y premura del trabajo, uno no siempre termina la tarea” (Jefa de enfermería)

El jefe del área afirma:

“Nuestro accionar no sólo es en el parto sino que comienza en el diagnóstico del informe elevado por maternidad para recibir a la madre y al niño”.

En relación al tiempo de dedicación del profesional de la salud hacia la usuaria, guarda relación con las horas de trabajo, la demanda de atención y fundamentalmente con calidad de atención.

Se atiende aproximadamente 30 partos por día. A pesar de contar con médicos residentes, el accionar tanto del personal médico como el de enfermería es insuficiente.

“En esta área no existen tiempos, eso lo determina el niño que está por nacer” (Médico)

La jefa de enfermeras reflexiona de la siguiente manera:

“Uno hace lo que puede, pero los tiempos son más determinantes. Hay tantos pacientes que no se puede atenderlos como uno quisiera, sobre todo a las internadas”.

En las tres áreas se presentan los mismos inconvenientes: escaso personal, gran número de pacientes y urgencias. El servicio de Perinatología no escapa a la situación crítica que afecta a los sistemas públicos de salud -los hospitales principalmente- que se manifiesta en las limitaciones a cargo de la salud pública, que se opone a la gran cantidad de pacientes que requieren los servicios públicos de salud.

Información receptada por las usuarias

En relación a la información receptada por las usuarias, teniendo en cuenta los intercambios interpersonales entre usuarios y personal del Servicio de Perinatología, se observa que:

El 58,3% dijo haber recibido información diariamente, y un 12% solo a veces; en el 46,4% de los casos, fue el médico quien informaba, el 27,7% dijo haber recibido información del profesional obstétrico y solo el 25,2% de las encuestadas, señaló a enfermería, como fuente de información.

Al indagar el tema sobre el que fue informada, el 58% dijo sobre el estado del bebé, el 31% sobre como cuidar el bebé, el 43,6% recibió información sobre su propio estado de salud, y un 29,9% sobre como cuidarse a sí misma (incluyendo anticoncepción). Un 64,2% reconoció haber entendido perfectamente lo que se le informaba y solo un 28,3% dijo haber quedado con dudas.

Un 23,7% de las usuarias fue consultada su opinión en algún aspecto del tratamiento, en general respondieron que en un 47% de los casos sienten que se irán de alta sin ninguna información nueva.

En cuanto al contenido de la información:

Solo un 23,7% de las usuarias refiere que fue consultada su opinión en algún aspecto del tratamiento, el resto señaló que recibieron tratamientos y procedimientos sin explicaciones y sin ser consultadas si estaban de acuerdo.

Finalmente se indagó la percepción de la usuaria sobre el aporte de información nueva, durante la experiencia de la internación en el Servicio de Perinatología del Hospital Regional, porque se considera que durante la experiencia de internación, el paciente esta altamente motivado para la aprehensión de información nueva, esto está descripto en un estudio realizado en este mismo hospital, donde se indagaba la información sobre cuidados de recién nacidos, en las madres de los niños internados en neonatología, allí las madres que reconocían haber recibido información durante la experiencia hospitalaria, obtuvieron los porcentajes más altos en el nivel de información que se medía. Sin embargo en las usuarias bajo estudio, se perdió la oportunidad de comunicarse con ellas. También quedó reflejada la violencia institucional por omisión: actividades concentradas a la mañana, no se anticipan turnos. El informe diario no fue igual para todas en cantidad ni en calidad. Solo el 23,7% de las usuarias refiere que fue consultada su opinión en algún aspecto del tratamiento.

Analizando el tipo de información que la usuaria lleva de la educación hospitalaria se observa que el 15,6% se va con mucha información; el 36,8% se va con alguna con alguna información; el 47% sin ninguna y el 0,6% se lleva alguna información pero no le sirve. Esto corrobora lo que los profesionales plantean respecto a la disponibilidad de tiempo para informar ya que la demanda supera todas las posibilidades de darle a las usuarias, la información necesaria y adecuada.

En cuanto a la satisfacción de las usuarias respecto a la información brindada por los profesionales según las áreas, para las mismas tiene un significado especial el buen trato y la amabilidad.

Así lo reflejan los testimonios de las pacientes de las distintas áreas:

Rosa (de Colonia el Simbolar) dice:

“La verdad que no he tenido mayores problemas”.

Sin embargo, esto no sucede con todas las pacientes. En el caso de Lucía (del barrio Alte. Brown) medianamente satisfecha, manifiesta:

“Necesito ser informada sobre mi fecha de parto y además considero que debo ser auscultada”.

Siente la negación de su derecho a ser informada. (posee estudios secundarios completos)

Los familiares de los neonatos que están internados se sienten satisfechos con la información brindada porque pueden visitarlos y además tienen un horario en que se les brinda el parte médico. Para Luisa es importante:

“Mi bebé nació prematuro y tiene bilirrubina; no sólo lo veo sino que voy siguiendo su mejoría”

En puérperas:

Amalia (de Colonia Dora) afirma:

“Ellos no son claros para hablar. Solamente me explican lo que tengo, pero no usan dibujos ni nada”.

En relación a los instrumentos de la información: dibujos, gráficos o en forma verbal, se observa que en varias paredes del Hospital Regional -incluyendo al Servicio de Perinatología- se encuentran posters y carteles referentes a temáticas diversas como alimentación, vacunación, embarazo, lactancia, etc. Por lo general estos son gráficos o fotografías que ilustran hechos cotidianos relativos a la preservación de la salud de la madre e hijo principalmente. La función de estos afiches es mostrar situaciones que se ponen en práctica en la realidad. La incidencia de estos en los pacientes, está relacionada con el grado de atención y la capacidad de entendimiento de los pacientes y en menor medida, con la orientación de los profesionales a la observancia de los pósters.

Así por ejemplo:

“Si los veo. Me sirve algunas veces”. (Estela, Nueva Francia)

“Los médicos no dan folletos. Me explican en forma verbal”.

“Presto atención a los folletos. Por ejemplo, presto atención a los folletos de lactancia, cuando dicen que la leche de la madre no es débil. Me sirve”.

Los médicos no usan otros medios más que el verbal para informar una determinada situación a los pacientes. La actitud de los pacientes hacia los folletos surge por su propia iniciativa.

Los carteles del área de Neonatología son compartidos por maternidad (ya que el servicio de Perinatología agrupa a todos los pacientes que conforman el mismo). Para el sector de neonatología existen afiches que brindan información sobre la salud de los bebés. Al respecto, algunas madres opinan:

“Ahora que mi hijo está internado y tengo que esperar, veo los carteles pero por lo general no los leo”.

“La verdad no me fijo”.

“No les presto atención”.

En el área de puérperas, son numerosos los carteles que se observan; sin embargo, al ser consultados acerca del conocimiento de su contenido, Raquel manifiesta:

“Los miro pero no los leo; son siempre los mismos”

Al hablar sobre los códigos empleados en los mensajes emitidos, se puede afirmar que los profesionales de la salud tienen distintas formas de abordar a las pacientes:

“Si tengo que usar las manos o hacerles un dibujo, lo hago. La intención es que entienda, que sepa bien. Respecto a las dificultades para hacer entender a una paciente, siempre pregunto si soy clara, si me entiende”. (Liliana, obstétrica)

“Hay pacientes analfabetas, hay otras que entienden lo que se les explica. En general, la mayoría entiende cuando uno le habla del modo en que hablan ellas, salvo alguna paciente con problemas neurológicos, pacientes con problemas psiquiátricos. A pesar que entienden o saben, no cumplen con lo que uno les indica, no se si es la falta de recursos, por ejemplo plantean que no tiene para el colectivo o con quien dejar los chicos”. (Médica residente)

Al tener un bajo nivel de instrucción, limita en todo. Si un paciente no sabe leer, se el indica por ejemplo, con los colores de los medicamentos, esta pastilla de este color es para una cosa y esta es para otra, por ejemplo. A la paciente que no sabe leer, le cuesta más que las otras comprender las indicaciones. (médica residente)

“Sí, por ejemplo, para explicarles que es el DIU, les hacemos el dibujito de la panza, la matriz y que es el DIU, cosas así. O uno reemplaza términos científicos como embarazo ectópico por un dibujo simple que les permita entender. Por ahí hay pacientes que dicen entender o entienden pero no hacen el tratamiento y no si es por desidia o cual es la causa realmente”. (Médica residente)

“Uno les informa con las palabras más sencillas posibles porque si uno lo hace con lenguaje técnico no entiende. Además nuestro objetivo es que ellos cumplan todas las indicaciones posibles y para ello, le hablamos de la manera más clara posible”.

:

“En realidad, no es importante que ellos entiendan sino que hagan caso a lo que uno les dice. Sabemos que hay crisis, pero si uno les dice que le compren tal leche o tal medicamento porque corren peligro de desnutrición y no lo hacen, son irresponsables”(Enfermera).

La jefa de enfermera dice:

“Uno trata de ser lo más paciente posible y hablarle con términos sencillos, pero a veces con las primerizas y con las embarazadas con riesgo, nos faltan las formas de hacerle entender”.

El lenguaje oral no es único medio de informar a una paciente. Hay medios escritos tales como gráficos de primera fuente y gráficos ilustrados publicitarios. Son muy usuales estos medios supletorios del lenguaje verbal en el área de salud. Así, pocos profesionales emplean folletos o dibujos para informar a las usuarias.

Por lo general, prevalece el lenguaje gráfico además del lenguaje oral, que funciona en forma eficiente ya que logra dudas y preguntas por parte de las pacientes y llega al entendimiento.

En cuanto al área de neonatología, los testimonios de los profesionales de esta área son coincidentes con los del área de maternidad. El jefe de área afirma:

“Cuando se presenta un caso grave, uno debe ser lo más claro posible para hacer entender al paciente. Uno le señala una radiografía, por ejemplo o los números y porcentajes que figuran en los análisis y todo lo que permite hacer entender con mayor claridad la situación”.

Hay mayor tecnicismo en la forma de hacer entender a los pacientes, aunque el objetivo es el entendimiento de la situación, sobre todo en situaciones graves.

En el área de puérperas, el lenguaje empleado es el oral, que más se adecua a la situación, principalmente en el parto. Al respecto, las enfermeras sostienen que ellas informan en forma verbal ya que las indicaciones sirven para el momento del parto.



Conclusiones

La información entendida como el proceso por el cual dos o más personas interactúan mediante un nexo oral, escrito o gráfico, no siempre implica intercambio o retorno de la misma, ya que a veces los nexos o códigos empleados no tienen el mismo significado para el informado y el informante.

Aplicado este rasgo a la presente investigación, la interacción entre profesionales y usuarios del Servicio de Perinatología no es plenamente satisfactoria ya que no siempre los códigos intermediarios son adecuados para informar una determinada situación a las usuarias.

Si se considera la información que brindan los profesionales, primero hay que distinguir al personal de enfermería, obstétricas y médicos; cada uno de ellos tiene una formación profesional particular; es importante el tiempo que cada uno de ellos permanece con las usuarias (no es el mismo por los horarios) y la forma de prestar atención a las usuarias. Respecto a las pacientes, es importante tener en cuenta la actitud pasiva y en pocos casos activa ante un tratamiento prescrito, que no siempre es coincidente con el grado de recepción de la información; también entra en juego el nivel de instrucción de las pacientes y el grado de satisfacción con la información.

Como consecuencia de todas las variables anteriormente relacionadas, la información que brindan los profesionales no siempre es beneficiosa para las pacientes ya que no hay adecuación por parte de los profesionales ciertas características personales de las pacientes.

La institución no tiene una comunicación organizada, por lo que es necesario definir: frecuencias, contenidos e interlocutores para comunicarse con las usuarias, aunque tam-

poco tiene definidos objetivos o políticas institucionales que guíen el accionar de su público interno (empleados-técnicos-profesionales).

No están explícitos los propósitos, instrumentos, redes e indicadores de control de la comunicación institucional. La estructura de la comunicación externa del Servicio de Perinatología refleja una ausencia de políticas y objetivos definidos a nivel interno.

La credibilidad del organigrama de la red, es escaso para las usuarias, aunque no coincida con lo referido por los responsables de servicio, también es estructuralmente incoherente, por la disarmonía observada en las condiciones de eficiencia de las salas de maternidad derivadoras donde el hospital zonal no está mejor equipado que un distrital.

Bibliografía

- Bartoli, Annie.** (1992). *Comunicación y Organización*. Edit. Paidós.
- Bartoli, Annie.** (1991). *Comunicación organizativa. La organización comunicante y la comunicación organizada*. Editorial Paidós.
- Basabe, Vladimir.** (1987). "Sistemas de Servicios de Salud: Curso Internacional de salud Materno Infantil". Tomo II. Secretaria de Ministerio de Salud. Gobierno de Córdoba.
- Berlo, David.** (1979). *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica*. El Ateneo. Buenos Aires.
- Delano, Bárbara.** (1988). *Relaciones Públicas*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Fernández Collado, Carlos.** (1991). *La comunicación en las organizaciones*. Edit. Trillas. México.
- Guevara Corral, Rubén.** (1987). *Manifestaciones Culturales de las Enfermedades más Características entre los menores de cinco años*. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 2. Buenos Aires.
- Kreps, Gary.** (1995). *Comunicación en las Organizaciones*. 2da edición. Editorial Addison Wesley Iberoamericana. España.
- Lourau, René.** (1995). *El análisis institucional*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
- Marro, M. y Dellenea, A.** (1993). *La comunicación social. Elementos claves y proyecciones*.
- Martín Serrano, Manuel.** (1982). *Teoría de la comunicación*. Editorial A. Corazón. Madrid.
- Muriel, M. y Rotta, G.** (1980). *Comunicación institucional: enfoque social de las relaciones públicas*. CIESPAL-Colección Intillán. Quito.
- Nosnik, Abraham.** (1991). *El desarrollo de la comunicación social. Un enfoque metodológico*. Edit. Trillas, México.
- Perrone, Néstor.** (1996). *Manual de Conceptos sobre Programación en los Sistemas Locales de Salud*. Serie HSP. UNI/Manuales.
- Piñuel Raigada, José.** (1997). "Teoría de la comunicación y gestión de las organizaciones". Editorial Síntesis. Madrid.
- Propuesta Normativa Perinatal.** (1993). Tomo I. "Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido". Secretaría de salud. Ministerio de Salud y acción Social. Buenos Aires.
- Rodríguez, R.** (1996). *Manual de pautas para el establecimiento de Sistemas Locales de Información*. Serie HSP. UNI/Manuales.
- Sanz Aparicio, María.** (1988). *Sicología de la Comunicación*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sánchez Ruiz, Enrique.** (1988). *La investigación de la comunicación en México. Logros, retos y perspectivas*. EDICOM/AMIC/U. México.
- Weil, Pascale.** (1992). *La comunicación global-comunicación institucional y de gestión*. Editorial Paidós. Barcelona.

